

የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ክትባት

የቅድመ-ምዝገባ መመሪያ

የተሻሻለው ማርች 10፣ 2021



የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ክትባት

የቅድመ-ምዝገባ መመሪያ

የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የጤና ዲፓርትመንት(DC Health) የ COVID-19/ኮሮናቫይረስ የክትባት ስርጭት እቅዱን ማሳደግ ቀጥሏል። እኛ የ COVID-19 ክትባት ሲገኙ ለማሰራጨት ከፈጸሙ መንግስቱ እና አካባቢው ውስጥ ካሉ አጋሮች ጋር እቅድ እየሰራን ነው።

ክትባቱን ለማግኘት፣ለቀጠሮ አስቀድመው መመዝገብ አለብዎ።

እባክዎ ለአንላይን ቀጠሮ የቅድመ-ምዝገባ ሂደት ውስጥ እንዲረዳዎ ይህን መመሪያ ይጠቀሙ።

ከመጀመርዎ በፊት

እባክዎ ለቅድመ-ምዝገባዎ ለማጠናቀቅ ያስፈለገዎን መረጃ ይገምግሙ እና ይሰብስቡ።

የሰነድ-ህዝብ
ዝርዝሮች፡
ዘር፣ ብሄር፣ ጾታ፣
ዕድሜ

የህክምና ታሪክ፡
ያሁኑ የህክምና
ሁኔታዎች፣ የአሌርጂ
መረጃ

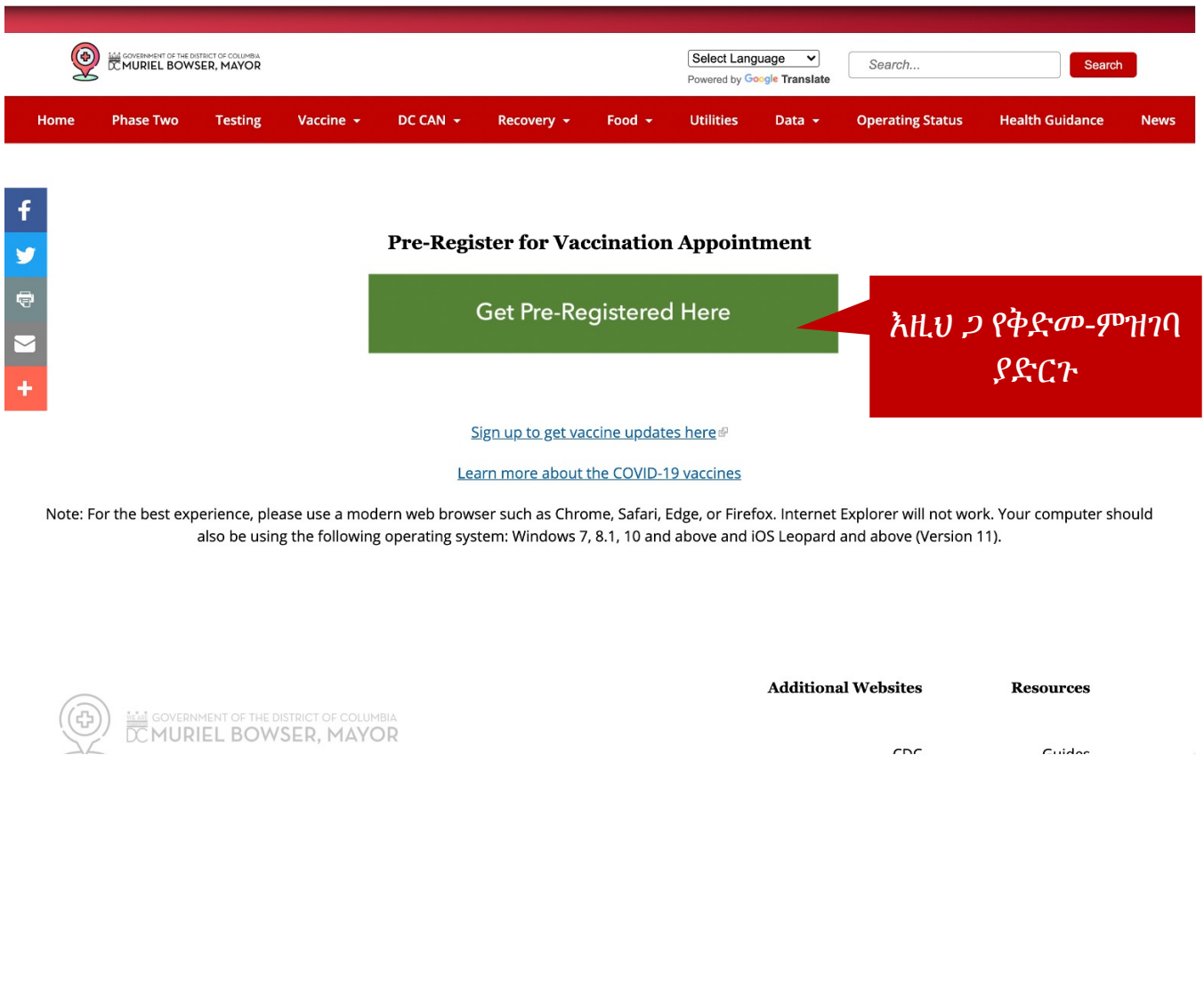
የCOVID-
19/ኮሮናቫይረስ ታሪክ፡
ኢንፌክሽኖች፣
ምርመራ፣ ወይም
ክትባቶች

የማግኛ መረጃ፡
አድራሻ፣ ስልክ
እና/ወይም ኢሜይል

የአንላይን የክትባት ቀጠሮ ፖርታሉን ማሰስ ካልቻሉ ወይም ኢንተርኔት ማግኘት የማይችሉ ከሆኑ፣ለክትባት ምዝገባ እርዳታ እባክዎ የዲስትሪክቱ የፕሪ ማዕከል ጋር በ 855-363-0333 ይደውሉ።

ለአንላይን ክትባት ቀጠሮ
የቅድሚያ ምዝገባ እንዴት
ማከናወን እንደሚቻል

1. ከ vaccinate.dc.gov፣ ለመጀመር አረንጓዴውን “እዚህ ጋ የቅድመ-ምዝገባ ያድርጉ” አዝራር ይጫኑ።



ማስታወሻ፡ ለተሻለ ልምድ፣ እባክዎ እንደ ክሮም፣ ሳፋሪ፣ ኤጅ፣ ወይም ፋየርፎክስ ያሉ ዘመናዊ የድህረ-ገጽ ብራውደርችን ይጠቀሙ። ኢንቴርኔት ኤክስፕሎረር አይሰራም።

በተጨማሪም ኮምፒውተርዎ የሚከተሉ የአሰራር ሲስተምን መጠቀም መቻል አለበት፡ ዊንዶውስ 7፣ 8.1፣ 10 እና በኋላ የወጡ እና iOS ሊዮፓርድ እና በኋላ የወጡ (ዓይነት 11)።

2. እርስዎ አሁን የCOVID-19/ኮሮቫይረስ ክትባት የቅድመ-ምዝገባ ፖርታል ውስጥ ነዎት።

ዝግጁ ሲሆኑ፣ መጠየቅን ይውሰዱ የሚለውን ይጫኑ።


DC | **HEALTH**
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In


WE ARE DISTRICT OF COLUMBIA
DC MURIEL BOWSER, MAYOR

COVID-19 Vaccination Pre-Registration


To pre-register for a COVID-19 vaccination, please fill in the required questionnaire so that DC Health can gather information regarding your readiness for a COVID-19 vaccination. Once you have registered, DC Health will contact you when it is time for you to book your vaccination appointment. You will need to provide the following details:




Demographic details
Such as race, ethnicity, gender, age



Medical history
Current/past ailments and allergy information



COVID-19 history
History of any COVID-19 infections, testing or vaccinations



Contact information
Your contact details

መጠየቅ ይውሰዱ

Take Questionnaire

በአንድ አንድ ሁኔታዎች ውስጥ፣ እርስዎ በሚያደርጉበት ተመሳሳይ ጊዜ በጣም ብዙ ሰዎች ቀድሞ-ለመመዝገብ እየሞከሩ ከሆነ፣ የሚከተለው ማሳወቂያ ሊደርስዎት ይችላል። ዝም ብለው እየጠበቁ ይቆዩ፣ ቦታ ሲገኝ፣ የቅድመ-ምዝገባ ፖርታል ውስጥ እንዲገቡ ይደረጋል። ይህን ገጽ ትተው አይሄዱ።


ALTH
DISTRICT OF COLUMBIA

Thanks for your patience.

The good news? Lots of your neighbors are trying to get into the portal.

The bad news? We need you to hang out here for a bit longer. We are working to make sure we capture everyone's information. And as soon as some space frees up, you will be able to get in.

DC NEEDS MORE VACCINE



3. እባክዎ ቀይ ኮከብ ምልክት* ያላቸው ሁሉም ጥያቄዎችን ይሞሉ።

ነዋሪ ወይም ነዋሪ-ያልሆኑ DC. ውስጥ የሚሰሩ መሆንዎን በመመለስ ይጀምሩ።

በሳጥኑ ቀኝ-እጅ በኩል የሚገኘውን ቀስት (▼) ይጫኑ።

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

ይህ መጠይቅ ለ COVID-19/ኮሮናቫይረስ ክትባት ዝግጁ መሆንዎን አስመልክቶ መረጃ መስጠትና እና ደህንነትዎን ለማረጋገጥ መመሪያ እና ትዕዛዝ ለማቅረብ የተጠነሰበ ነው።

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.

Are you a District Resident or Work in the District of Columbia? *

እርስዎ የዲስትሪክት ነዋሪ ወይም የኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ የሚሰሩ ነዎት?

ቀጥሎ ከሰራ ጋር የተያያዙ ጥያቄዎችን ይሞላሉ፤ የሚሰሩበት ኢንዱስትሪን ጨምሮ፤ ለሰራ በ-አካል ሪፖርት ያደርጉ እንደሆነ፤ እንዲሁም የአሰሪዎ መረጃ እና የስራ አድራሻ።

እባክዎ ያስታውሱ፤ “አይደለም፤ እኔ አልሰራም” የሚለውን ከመረጡ – የአሰሪዎ መረጃ እና የስራ አድራሻ ማቅረብ አያስፈልግዎትም።

ከሥራ-ጋር የተያያዘ መረጃ

እርስዎ በአካል ለመስራት ሪፖርት እንዲያደርጉ ይጠየቃሉ?

ከሚከተሉት የስራ ስምዎች በየትኛውም ይሰራሉ?

Work-related Information

No

አይ

Yes

አዎ

Are you required to report in to work in Person? *

No

Do you work in one of the following settings? *

Grocery Store

Employer Information

የአሰሪ መረጃ

የአሰሪ ስም

Employer Name *

የአሰሪ አድራሻ

Employer Address *

የአሰሪ ከተማ

Employer City *

የአሰሪ ስቴት

Employer State *

የአሰሪ ዚፕ ኮድ

Employer Zip Code *

| እንግሊዘኛ | አማርኛ |
|--|---|
| Healthcare (to include Veterinary Care) | የጤና እንክብካቤ (የእንስሳት ህክምና ጤና እንክብካቤን በመጨመር) |
| Grocery Store | የምግብ መደብር |
| Food Packaging and Distribution | የምግብ ማሸግ እና ማከፋፈል |
| Manufacturing | ፋብሪካ ምርት |
| Outreach workers in health, human, or social services | በጤና፣ ሰብዓዊ፣ ወይም ማህበራዊ አገልግሎቶች ውስጥ የተደራሽነት ሠራተኞች |
| K-12 Education | ከመዋዕለ-ህፃናት - 12 ያለው ትምህርት |
| Child Care | የልጅ እንክብካቤ |
| Law Enforcement/Public Safety | የሕግ አስከባሪ/የህዝብ ደህንነት |
| Correctional Facility/Detention Center | የማረሚያ ተቋማት/የእስራት ማእከላት |
| Courts and Legal Services | የፍርድ ቤት እና የህግ አገልግሎቶች |
| Food Service | የምግብ አገልግሎቶች |
| Public (Mass) Transit | የህዝብ (ብዙሃን) መተላለፊያ |
| US Postal Service | የUS ፖስታ አገልግሎት |
| Local Government Agency | የአካባቢ መንግስት ኤጀንሲ |
| Federal Government Agency | የፌዴራል መንግስት ኤጀንሲ |
| Non-Public Transit Transportation Services (i.e. For-Hire Vehicles such as Taxi, Uber, Lyft) | የህዝብ-ያልሆኑ የመተላለፊያ የትራንስፖርት አገልግሎቶች (ማለትም፡ ለኪራይ ተሽከርካሪዎች፡ እንደ ታክስ፣ ኡበር፣ ሊፑት ዓይነቶች) |
| Logistics/Delivery Services (i.e. UPS, FedEx) | የሎጂስቲክ / ማስረከቢያ አገልግሎቶች (ማለትም UPS፣ FedEx) |
| Construction | የግንባታ |
| Institution of Higher Education (i.e. colleges, universities, trade schools) | የከፍተኛ ትምህርት ተቋማት (ማለትም፡ ኮሌጆች፣ ዩኒቨርሲቲዎች፣ የንግድ ትምህርት ቤቶች) |
| Information Technology | የመረጃ ቴክኖሎጂ |
| Media and Mass Communications | ሚዲያ እና ብዙሃን መገናኛ |
| Public Works and Public Utilities | የህዝብ ሥራዎች እና የህዝብ አገልግሎቶች |
| No, I do not | አይ፣ አይደለም |

4. አሁን ከትባቱን በደህንነት መውሰድ እንዲችሉ ለማረጋገጥ የህክምና መረጃ ያቀርባሉ። ከዚህ በፊት ከትባት ሲወስዱ ታመው ያውቁ እንደሆነ እና ይህ የመጀመሪያዎ የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ዶዝ እንደሆነ ይጠየቃሉ።

ቀጥሎ፣ የህክምና ሁኔታዎች ዝርዝርን ይገምግሙ። ሁኔታዎን ዝርዝር ውስጥ ካገኙ፣ አዎ የምለውን ይምረጡ።

ከዚህ በፊት ከትባት ላይ ማንኛውም ከባድ የሰውነት መጥፎ መልስ ኖረዎት ያውቃል?

ይህ የመጀመሪያዎ የ COVID-19/ኮሮናቫይረስ ከትባት ዶዝ ነው?

እርስዎ በጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ከሚከተሉት የህክምና ሁኔታዎች ለአንዱ ተመርምረዋል?

አስም

ስር የሰደደ የሚያፍን የሳምባ በሽታ (COPD)፣ እና ሌላ ስር የሰደደ የሳምባ በሽታ

የቦን ማሮ እና የደረቅ የሰውነት አካል ንቀለ-ትከላ

ካንሰር

የሴሬብሮቫስኩላር በሽታ

ስር የሰደደ የኩላሊት በሽታ

አብሮ የተወለደ የልብ በሽታ

የስኳር በሽታ

የልብ ሁኔታዎች፣ እንደ የልብ ድካም፣ ኮሮነሪ አርቴሪ በሽታ፣ ወይም የልብ ጡንቻ በሽታ (ካርድዮማዮፓቲ)

HIV

የደም ግፊት መጨመር በሽታ

የሰውነት መከላከል አቅም መቀነስ ሁኔታ

ከወላጅ የተወረሰ የሜታቦሊዝም በሽታዎች

የአዕምሮ እና እድገት አካል ጉዳቶች

የጉበት በሽታ

የኒውሮሎጂካል ሁኔታዎች

የውፍረት መጨመር፣ BMI (የሰውነት ብዛት ማውጫ) ≥ 30 kg/m²

እርግዝና

ከባድ የዘረመል መዛባቶች

የስኬል ሴል በሽታ

ታላሲሚያ

Medical & Preference Information የህክምና እና የምርጫ መረጃ

Have you had any severe reaction to a vaccine before?

☒ No ☐ Yes

| | |
|-----|----|
| No | አይ |
| Yes | አዎ |

Will this be your first COVID-19 vaccine dose?

☐ No ☒ Yes

| | |
|-----|----|
| No | አይ |
| Yes | አዎ |

Have you been diagnosed with one of the following medical conditions by your healthcare provider? *

- Asthma
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), and other Chronic Lung Disease
- Bone Marrow and Solid Organ Transplantation
- Cancer
- Cerebrovascular Disease
- Chronic Kidney Disease
- Congenital Heart Disease
- Diabetes Mellitus
- Heart Conditions, such as Heart Failure, Coronary Artery Disease, or Cardiomyopathies
- HIV
- Hypertension
- Immunocompromised State
- Inherited Metabolic Disorders
- Intellectual and Developmental Disabilities
- Liver Disease
- Neurologic Conditions
- Obesity, BMI ≥ 30 kg/m²
- Pregnancy
- Severe Genetic Disorders
- Sickle Cell Disease
- Thalassemia

Do you have a preference for one of the COVID-19 vaccines? *

No Preference

እዚህ ጋ፣ ተመራጭ ከትባት ለመምረጥ እድል ይሰጥዎታል። አሁን ከሚገኙ ከትባቶች ዝርዝር — Pfizer (ፒፋይዘር)፣ Moderna (ሞዴርና) ወይም Johnson and Johnson (ጆንሰን እና ጆንሰን) ሊመርጡ ይችላሉ — ወይም “ምርጫ የለኝም” የምለውን መምረጥ ይችላሉ

ለመቀጠል ቀጣይ የምለውን ይጫኑ።

5. የእርስዎን አድራሻ ያስገቡ። የአድራሻ ፍለጋ እና መምረጥ ቦታ ውስጥ ዝም ብለው አድራሻዎን መጻፍ ይጀምሩ።

መጻፍ ሲጀምሩ፣ ወደ-ታች የሚዘረዘር ዝርዝር መሉ-አድራሻዎን በራሱ-እንዲሞላ እንዲመርጡ፣ ያስገቡት ላይ በመመስረት ከተዛማጅ አድራሻዎች ጋር ይታያል።

ወይም አድራሻዎን በእጅ በመስመር 1* ውስጥ ያስገቡ።

DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.

Search for your Home Address or enter it manually. **ለቤት አድራሻዎ ይፈልጉ ወይም በእጅ ያስገቡ።**

Address Search & Select (just start typing your address)

የአድራሻ መስመር 1

Address Line 1 *

ኢፓርታማ፣ SUite፣ የክፍል ቁጥር

Apartment, Suite, Unit Number

ከተማ

City *

አገር

State *

ዚፕ ኮድ

Zip Code *

6. ስምዎን፣ የስነ-ህዝብ ዝርዝሮች እና የትውልድ ቀንዎን ያስገቡ።

የመጀመሪያ ስም

First Name *

የአባት ስም

Middle Name

የአያት ስም

Last Name *

ፆታ

Gender *

Male

Female

Non-binary

Other

Unknown

ዘር

Race *

Black or African-American

White

Asian

American Indian or Alaska Native

Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Other Race

Prefer not to specify

Unknown/Undetermined

ከሌላ ዘር ከሆኑ፣ እባክዎ ይግለጹ

Please describe your ethnicity *

እባክዎ ብሄርዎን ይግለጹ

| | |
|------------|-------------|
| Male | ወንድ |
| Female | ሴት |
| Non-binary | ሁለት የሽ-ያልሆነ |
| Other | ሌላ |
| Unknown | የማይታወቅ |

| | |
|---|-------------------------------|
| Black or African-American | ጥቁር ወይም አፍሪካ-አሜሪካዊ |
| White | ነጭ |
| Asian | ኢስያዊ |
| American Indian or Alaska Native | አሜሪካዊ ህንዶች ወይም የአላስካ ተወላጅ |
| Native Hawaiian or Other Pacific Islander | የሀዋይ ተወላጅ ወይም ሌላ የፓሲፊክ አይላንደር |
| Other Race | ሌላ ዘር |
| Prefer not to specify | ባልገልፅ እመርጣለሁ |
| Unknown/Undetermined | አይታወቅም/አልተወሰነም |

| | |
|------------------------|--------------------|
| Hispanic or Latino | ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ |
| Not Hispanic or Latino | ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ ያልሆነ |
| Prefer not to specify | ባልገልፅ እመርጣለሁ |

እባክዎ የትውልድ ቀንዎን ያቅርቡ።

Please provide your date of birth.

ወር

Month *

ቀን

Day *

አመት

Year *

7. አሁን የእርስዎ ተመራጭ የግንኙነት መንገድን ያቀርባሉ።

ኢሜይል ከሌለዎት፣ “የኢሜይል አድራሻ የለኝም” ቀጥሎ ያለውን ሳጥን ይጫኑ
ወይም የስልክ ጥሪን የሚመርጡ ከሆነ፣ “ቀጠሮዎን የመያዝ ጊዜ ሲደርስ እንድንደውልለዎት
ይፈልጋለሁ?”

ኢሜይልዎን ያስገቡ (አንድ ካለዎት) እና ስልክ ቁጥር ።

Communication ኩሙኒኬሽን

☐ I do not have an email address እኔ የኢሜይል አድራሻ የለኝም

☐ Do you need us to call you when it's time to book your appointment? ቀጠሮዎን የመያዝ ጊዜ ሲደርስ እንድንደውልለዎት ይፈልጋለሁ?

ኢሜይል አድራሻ Email Address *

ኢሜይል አድራሻ አረጋግጥ Confirm Email Address *

የስልክ ቁጥር Phone Number *

Mobile Phone Number (standard charges may apply) የሞባይል ስልክ ቁጥር (መደበኛ ክፍያዎች ሊተገበሩ ይችላሉ)

ከእርስዎ ጋር ስንነጋገር የትኛውን ቋንቋ እንድንጠቀም ይፈልጋለሁ?

What language would you like us to use when we communicate with you?

English

Secondary Contact ሁለተኛ የማግኛ መንገድ

List a secondary email address for anyone who should receive a copy of any communication with you.

ኢሜይል አድራሻ Email Address

Previous Next ለመቀጠል ቀጣይ የምለውን ይጫኑ።

| | |
|--------------------|--------------|
| English | እንግሊዝኛ |
| Amharic | አማርኛ |
| Chinese - Mandarin | ቻይንኛ - ማንዳሪን |
| French | ፈረንሳይኛ |
| Korean | ኮሪያኛ |
| Spanish | ስፓኒሽ |
| Vietnamese | ቪየትናሚዝ |



ሁለተኛ የማግኛ ነጥብ (ፖዴንት አፍ ኮንታክት) ካለዎት ወይም ይህን ቅጽ በቤተሰብ አባል ወይም ጓደኛ ፋንታ እየሞሉ ከሆነ፣ የኢሜይል ማረጋገጫዎችን እና የቀጠሮ ማሳወቂያ ለመቀበል ሁለተኛ የኢሜይል አድራሻን እዚህ ጋ መጨመር ይችላሉ።

8. በሚቀጥለው ገጽ ላይ፣ መረጃዎን ለማረጋገጥ ይጠየቃሉ። ሁሉም ነገር ትክክል መሆኑን ለማረጋገጥ ቅጹን ይፈትሹ።

የመጀመሪያ ስም

First Name *

Derek

የአባት ስም

Last Name *

Drew

ፆታ

Gender *

Male

ኢሜል አድራሻ

Email Address *

derek@email.com

የስልክ ቁጥር

Phone Number *

202-292-0935

የአድራሻ መስመር 1

Address Line 1 *

21 Quincy PI NE

ከተማ

City *

Washington

ዚፕ ኮድ

Zip Code *

20003

የአባት ስም

Middle Name

የትውልድ ቀን (DOB)

Birth Date (DOB) *

1/1/1952

ዘር

Race *

White

ብሄር

Ethnicity *

Prefer not to specify

የሁለተኛ መገኛ (ተጠሪ) ኢሜል አድራሻ

Secondary Contact Email Address

የምስል የስልክ ቁጥር

Mobile Phone Number

አገር

State *

District of Columbia 20002

አድራሻ

Address

አፓርትመንት፣ ሲዩት፣ ዩኒት ቁጥር

Apartment, Suite, Unit Number

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.

Please verify your information below.

Personal Information

☐ I verify that the above information is accurate *

Previous

Next

መረጃው ትክክል ካልሆነ፣ ወደ ቅጹ ለመመለስ እና ለውጦችን ለማድረግ “የቀድሞ” የምለው ላይ ይጫኑ።



መረጃው ትክክል ከሆነ፣ “ከላይ የገለጽኩት መረጃ ትክክል እንደሆነ አረጋግጣለሁ” ቀጥሎ ያለውን ሳጥን ይጫኑ እና ቀጣይ የምለውን ይምረጡ።

እንኳን ደስ አለዎት፣ እርስዎ በተሳካ ሁኔታ ለ COVID-19/ኮሮናቫይረስ ክትባት አስቀድመው-ተመዝግቧል!

Thank you for pre-registering, Derek!



You are now on the list.

Derek Drew:

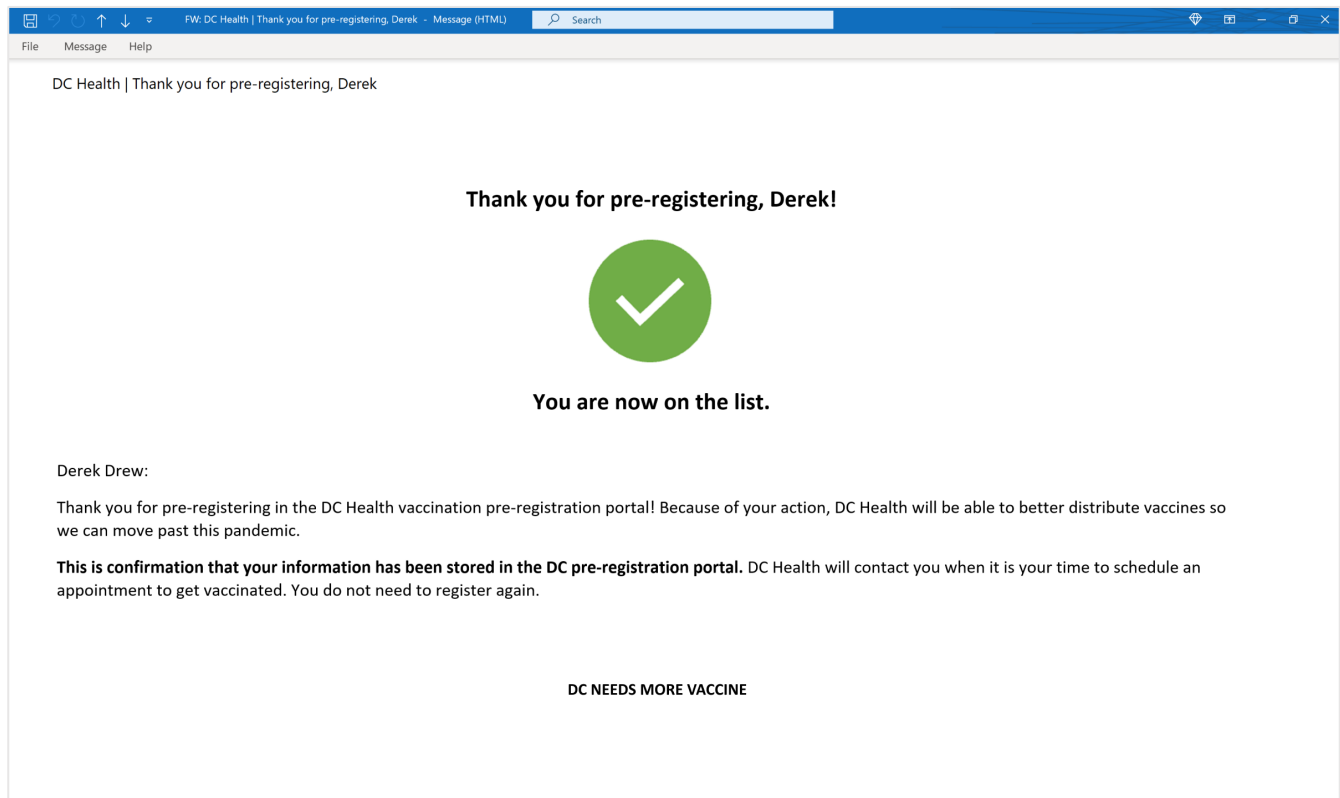
Thank you for pre-registering in the DC Health vaccination pre-registration portal! Because of your action, DC Health will be able to better distribute vaccines so we can move past this pandemic.

This is confirmation that your information has been stored in the DC pre-registration portal. DC Health will contact you when it is your time to schedule an appointment to get vaccinated. You do not need to register again.

የኢሜይል መረጋገጫ

እርስዎ አስቀድመው-የተመዘገቡበት የቀን ጊዜ ላይ በመመስረት፣ ዝርዝሩ ውስጥ እንዳሉ የመረጋገጫ ኢሜይል ይደርስዎታል። (እባክዎ በተጨማሪ የእርስዎን JUNK እና SPAM ማህደሮችን ይፈትሹ።)

ከ 24 ሰዓታት በኋላ፣ የመረጋገጫ ኢሜይል ካልደረሰች፣ እባክዎ ለእርዳታ vaccinatedc@dc.gov ጋር ኢሜይል ያድርጉ።



ተጨማሪ እርዳታ

ማንኛውም ችግር ካጋጠመዎት፣ ለድጋፍ

vaccinatedc@dc.gov ላይ ኢሜይል ያድርጉ።

በተጨማሪ የክትባት ቅድመ-ምዝገባ ጋር በተያያዘ እርዳታ

ለማግኘት የዲስትሪክቱ የፕሪ ማዕከል ጋር በ 855-363-0333

መደወል ይችላሉ።

ለወደ ፊት ማስታወቂያዎች በኢሜይል ወይም ጽሁፍ ማሳወቂያ

ለመቀበል ወደ vaccinate.dc.gov ይሂዱ።